

عدم پذیرش رژیم دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

حسین نامدار*، حسین ابراهیمی**، مهین یزدانی**، عبدالرسول صفائیان***

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی عوامل موثر در عدم پذیرش رژیم دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از دیدگاه پرستاران، بیماران و خانواده آنان انجام شد. **مواد و روش کار:** در این پژوهش توصیفی-مقایسه‌ای ۶۰ بیمار، ۶۰ نفر از اعضای خانواده آنان و ۳۳ پرستار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ای بر پایه الگوی باور بهداشتی بود. تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار توصیفی، آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه و شفه انجام شد. **یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که میانگین درک فردی از استعداد به بیماری، شدت بیماری و فواید رژیم دارویی در پرستاران بالاتر از بیماران و خانواده آنان و میانگین درک فردی از موانع پذیرش رژیم دارویی در خانواده بیماران بالاتر از بیماران و پرستاران می‌باشد. تفاوت معنی‌دار آماری در میانگین درک فردی از موارد یاد شده بین پرستاران و بیماران و بین بیماران و خانواده آنان وجود داشت ولی بین پرستاران و خانواده بیماران این تفاوت معنی‌دار نبود. **نتیجه‌گیری:** درک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از شدت بیماری خود بر پذیرش رژیم دارویی تأثیر دارد.

:

نگرش‌ها در مورد عدم پذیرش رژیم دارویی در بیماران، اعضای خانواده آنها و پرستاران می‌تواند اطلاعات با ارزشی در راستای تعیین راهبردهای کاربردی مؤثر برای پرستاران در زمینه آموزش به بیماران و خانواده آنها ارائه دهد. از این رو هدف بررسی حاضر تعیین عوامل مؤثر در عدم پذیرش رژیم دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا از دیدگاه بیماران، خانواده آنها و پرستاران بود.

در این پژوهش توصیفی-مقایسه‌ای، جامعه پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بستری در بخش‌های روانی مردان و زنان مرکز آموزشی-درمانی رازی تبریز، خانواده‌های آنان و پرستاران شاغل در بخش‌های روانی این مرکز بودند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن تمایل و توانایی مصاحبه، نداشتن جنبه نگهداری، داشتن تشخیص

شیوع اختلال‌های روانی در ایران ۲۱٪ و در استان آذربایجان شرقی ۲۵/۳٪ گزارش شده است (نوربالا و محمد، ۱۳۷۹). اسکیزوفرنیا شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین روان‌پریشی است و میزان شیوع آن ۱/۵-۱٪ است (کاستلو و کاستلو، ۱۳۷۳). یکی از درمان‌های مؤثر در این بیماری دارودرمانی است و قطع درمان دارویی و عدم آموزش خانواده در مورد چگونگی پی‌گیری درمان بیمار، علت اصلی عود بیماری شناخته شده است (ملک‌پور، ۱۳۷۸). مداخله‌های مثبت خانواده از شمار و مدت پذیرش‌ها و شدت علائم بیماری می‌کاهد و سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار را افزایش می‌دهد (استورت^۱ و سوندن^۲، ۱۹۹۷). از سوی دیگر نگرش پرستاران نه تنها روی تعامل‌های آنها با بیماران، بلکه در انتخاب نوع مداخله در موقع واکنش به نیاز بیمار مؤثر است (تریسترا^۳ و هاتر^۴، ۲۰۰۱). هماهنگی و ناهماهنگی باورها و

* کارشناس ارشد روانپرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، گروه روانپرستاری (نویسنده مسئول).
E-mail: hna442000@yahoo.com

** دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، گروه روانپرستاری.
*** کارشناس ارشد آمار، مربی دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز، تبریز، خیابان گلگشت، دانشکده بهداشت و تغذیه تبریز، گروه بهداشت و آمار.

1- Sturt
2- Sundeen
3- Terpstra
4- Hunter

قطعی اسکیزوفرنیا با تأیید استادان و داشتن دست کم سابقه یک بار بستری به علت عود بیماری بود. خانواده‌های بیماران، از بستگان درجه یک بیمار بودند که تمایل و توانایی مصاحبه را داشته، با بیمار در یک جا زندگی می‌کردند. هم‌چنین در پژوهش پرستارانی شرکت داده شدند که دست کم شش ماه فعالیت پرستاری در یکی از بخش‌های روانی داشته، دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری بوده، علاقمند به شرکت در پژوهش باشند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس بوده، در آن همه افراد دارای معیارهای یاد شده در سه گروه (بیماران، خانواده‌های بیماران، پرستاران) انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای دارای سه بخش بود که بخش نخست آن در ارتباط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، بخش دوم دربردارنده ۲۶ پرسش در ارتباط با عوامل مؤثر در عدم پذیرش رژیم دارویی بر پایه الگوی باور بهداشتی و بخش سوم دربرگیرنده دو پرسش باز در مورد عوارض دارویی و رفتارهایی بود که سبب بستری شدن آنها شده بودند. این پرسش‌نامه را پرستاران تکمیل می‌کردند، اما در مورد بیماران و خانواده آنان به روش مصاحبه توسط پژوهشگر تکمیل می‌گردید. پرسش‌های مربوط به عوامل مؤثر در عدم پذیرش رژیم دارویی، به کمک مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت طبقه‌بندی شدند. برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی، تحلیل واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی شفه به کار برده شد.

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است.

بیشتر پرستاران (۹۷٪) با عبارت "این بیماری یک نوع ناراحتی روانی است" موافق بودند. ۹۶٪ خانواده بیماران با "او ناراحتی روانی دارد" موافق و ۷۰٪ بیماران با "فکر می‌کنم ناراحتی روانی دارم" مخالف بودند. مقایسه دیدگاه‌های سه گروه، به کمک آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین درک فردی از استعداد ابتلا به بیماری در بیماران، خانواده‌ها و پرستاران متفاوت است (۰/۰۰۱ < p). آزمون شفه تفاوت میان میانگین گروه‌ها را معنی‌دار نشان داد؛ به بیان دیگر

از یک سو، بین بیماران و پرستاران و از سوی دیگر، بین بیماران و خانواده بیماران تفاوت معنی‌داری وجود داشت (۰/۰۰۱ < p). اما بین پرستاران و خانواده‌ها تفاوت معنی‌دار نبود. در زمینه درک فردی از شدت بیماری، بیشتر پرستاران (۸۱/۸٪) با عبارت "با این نوع بیماری، بیمار بیشتر عمر خود را در بیمارستان بستری می‌باشد" موافق و با "این بیماری زندگی خانوادگی و ارتباط با دیگران را در فرد مبتلا به مخاطره نمی‌اندازد" مخالف بودند. ۹۶/۷٪ خانواده‌های بیماران با "بیماری، او را از انجام کارهای روزانه باز داشته و شاید این ناتوانی در او ادامه یابد" موافق و با "بیماری، زندگی خانوادگی و ارتباط او با دیگران را به مخاطره نمی‌اندازد" مخالف بودند. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین درک فردی از شدت بیماری در بیماران، پرستاران و خانواده‌ها متفاوت است (۰/۰۰۱ < p)؛ آزمون شفه نشان داد که از یک سو بین بیماران و پرستاران و از سوی دیگر بین بیماران و خانواده‌های آنان تفاوت معنی‌دار وجود دارد (۰/۰۰۱ < p). ولی بین پرستاران و خانواده بیماران تفاوت معنی‌دار نیست. در زمینه فواید پذیرش رژیم دارویی در پرستاران، بیشتر آنها (۹۴٪) با عبارت "در این بیماری مصرف داروها علایم بیماری را کاهش می‌دهد" موافق و با عبارت "با رعایت رژیم دارویی در این بیماران، بهبودی نسبی ایجاد نمی‌شود" مخالف بودند. بیشتر بیماران (۶۶/۶٪) با عبارت "مصرف مرتب داروها باعث ایجاد اطمینان متقابل بین من و خانواده‌ام و پزشکان و پرستاران می‌شود" موافق و با "اگر علایم ناراحتی من با داروها کنترل شود زندگی نسبتاً عادی خواهم داشت" مخالف بودند. بیشتر خانواده‌ها (۹۵٪) با عبارت‌های "مصرف داروها علایم ناراحتی بیمار را کاهش می‌دهد" و "مصرف مرتب داروها باعث ایجاد اطمینان متقابل بین او و خانواده‌اش و پزشکان و پرستاران می‌شود" موافق بودند. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین درک فردی از فواید پذیرش رژیم دارویی در بیماران، پرستاران و خانواده‌ها متفاوت است (۰/۰۰۱ < p)؛ آزمون شفه نشان داد که از یک سو بین بیماران و پرستاران و از سوی دیگر، بین بیماران و خانواده‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۰/۰۰۱ < p)، ولی بین پرستاران و خانواده‌ها تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. در درک فردی از موانع پذیرش رژیم دارویی

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب گروه سنی

متغیر	سن	فراوانی (%)
بیماران	۱۶-۲۷	۱۴ (۳۳/۳)
	۲۸-۳۹	۳۳ (۵۵)
	۴۰-۵۱	۹ (۱۵)
خانواده	۵۲-۶۳	۴ (۶/۷)
	۱۹-۳۳	۱۲ (۲۰)
	۳۴-۴۸	۲۵ (۴۱/۷)
پرستاران	۴۹-۶۳	۱۸ (۳۰)
	۶۴-۷۸	۵ (۸/۳)
	۲۰-۲۹	۹ (۲۷/۳)
	۳۰-۳۹	۱۶ (۴۸/۵)
	۴۰-۴۹	۷ (۲۱/۲)
	۵۰-۶۰	۱ (۳)

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت و وضعیت اقتصادی

متغیر	گروه بیماران	گروه خانواده	گروه پرستاران
	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
جنس	زن	۱۴ (۲۳/۳)	۱۱ (۳۳/۳)
	مرد	۴۶ (۷۶/۷)	۲۲ (۶۶/۷)
وضعیت تأهل	متأهل	۱۹ (۳۱/۷)	۲۷ (۸۱/۸)
	مجرد	۴۱ (۶۸/۳)	۶ (۱۸/۲)
میزان تحصیلات	بیسواد	۱۰ (۱۶/۷)	۲ (۳/۳)
	خواندن و نوشتن و ابتدایی و راهنمایی	۲۳ (۳۸/۳)	۲۵ (۴۱/۷)
دیپلم فوق دیپلم	دیپلم	۱۳ (۲۱/۶)	۱۷ (۲۸/۳)
	فوق دیپلم	۹ (۱۵)	۷ (۱۱/۷)
لیسانس فوق لیسانس	لیسانس	۴ (۶/۷)	۱ (۱/۷)
	فوق لیسانس	۰ (۰)	۱ (۱/۷)
شغل	بیکار	۴۰ (۶۶/۹)	۲۹ (۴۸/۳)
	شاغل	۲۰ (۳۳/۱)	۳۱ (۵۱/۷)
محل سکونت	شهر	۴۴ (۷۳/۳)	۴۳ (۷۱/۷)
	روستا	۱۶ (۲۶/۷)	۱۷ (۲۸/۳)
وضعیت اقتصادی	خوب	۲ (۳/۳)	۰ (۰)
	متوسط	۱۵ (۲۵)	۲۵ (۴۱/۷)
ضعیف	ضعیف	۴۳ (۷۱/۷)	۳۵ (۵۸/۳)

بیشتر پرستاران (۷۷/۹٪) با عبارت "در این بیماری، بیمار احساس می‌کند خوب شده و نیازی به دارو ندارد" موافق و ۸۶/۷٪ بیماران با عبارت‌های "احساس خوب بودن و نداشتن نیاز به دارو" و "کمتر صحبت کردن پرستاران و پزشکان در زمینه ناراحتی و درمان آن" موافق بودند. بیشتر خانواده‌ها (۹۶/۶٪) احساس خوب شدن، نداشتن نیاز به دارو و ناراحت‌کننده بودن مصرف داروها برای تمام عمر را بیان نمودند. آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که میانگین درک فردی از موانع پذیرش رژیم دارویی در بیماران، از پرستاران و خانواده‌ها متفاوت است ($p < 0/001$): آزمون شفه نشان داد از یک‌سو بین بیماران و پرستاران و از سوی دیگر بین بیماران و خانواده‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/001$)، ولی بین پرستاران و خانواده‌ها تفاوت معنی‌دار نیست. ۹۹/۶٪ پرستاران عوارض خارج هرمی و ۶۶/۴٪ بیماران و ۸۷/۹٪ خانواده‌ها سستی و بی‌حالی و خواب‌آلودگی ناشی از مصرف داروها را به‌عنوان شایع‌ترین عوامل مؤثر در قطع مصرف داروها گزارش نمودند.

یافته‌های این بررسی در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها با یافته‌های بهینگتون^۱ (۱۹۹۵)، کولون^۲ و ویتا^۳ (۲۰۰۰)، و بوچانان^۴ و همکاران (به نقل از حسینی، ۱۳۷۳) که نشان دادند عدم پذیرش دارویی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای جوان، مرد، مجرد و با درآمد و سطح تحصیلات پایین، بالاست هم‌خوانی دارد. میانگین درک فردی از استعداد نسبت به بیماری در بیماران پایین‌تر از پرستاران و خانواده‌ها بود. این یافته با یافته‌های مولیک^۵ (۱۹۹۲) و ژامی^۶ و پوپ^۷ (به نقل از استورت و سوندین، ۱۹۹۷) هم‌خوانی دارد. آنان نشان دادند که بیماران اسکیزوفرنیک نسبت به بیماری خود بصیرت ضعیفی دارند و از این رو در پذیرش رژیم دارویی خود ناتوان هستند. این بررسی میانگین درک فردی از شدت بیماری را در بیماران پایین‌تر از پرستاران و خانواده‌ها نشان داد. این یافته با بررسی‌های مولیک (۱۹۹۲) هم‌خوانی دارد.

1- Behbington
2- Colon
3- Vieta
4- Buchanan
5- Mulaik
6- Jami
7- Pop

نوربالا، احمدعلی؛ محمد، کاظم (۱۳۷۹). خلاصه گزارش طرح ملی سلامت و بیماری در ایران. *مجله پژوهشی حکیم*، سال سوم، شماره ۳، ۱۹۱-۱۷۳.

Behbington, P. E. (1995). The content and context of compliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 15 (Suppl.), 41-59.

Carson, V. B. (2000). *Mental health nursing (2nd ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders Co. (p.p. 647-423).

Colon, F., & Vieta, E. (2000). Clinical factors associated with treatment noncompliance in dysthymic bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 549-555.

Edelmann, R. J. (2000). *Psychosocial aspects of the health care process*. Englewood, N. J.: Prentice Hall. (p.p.129-148).

Lund, V. E., & Deborah, F. I. (1991). Helping the medicine go down. *Journal of Psychosocial Nursing*, 26, 6-9.

Mulaik, J. S. (1992). Noncompliance with medication regimens in severely and persistently mentally schizophrenic patients. *Issues in Mental Health Nursing*, 13, 219-237.

Perkins, J. S. (1999). Adherence to antipsychotic medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl.), 25-31.

Sturt, W. G., & Sundeen, S. J. (1997). *Mental health nursing*. London: Mosby Co. (p.p. 263-264).

Terpstra, T. L., & Hunter, M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusion and restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39, 23-25.

هم‌چنین میانگین درک فردی از فواید پذیرش رژیم دارویی در بیماران پایین‌تر از پرستاران و خانواده‌ها بود. این یافته با یافته‌های پرکینس^۱ (۱۹۹۹) و مولیک (۱۹۹۲) هم‌خوانی دارد. در زمینه درک فردی از موانع پذیرش رژیم دارویی، احساس خوب بودن و نداشتن نیاز به دارو، کمتر صحبت کردن پرستاران و پزشکان درباره ناراحتی و درمان آن، از دیدگاه بیماران مورد بررسی مانع اصلی بوده که با بررسی لاند^۲ و دبور^۳ (۱۹۹۱) و ادلمن^۴ (۲۰۰۰) هم‌خوانی دارد. یافته‌های این بررسی نشان داد که در بیشتر موارد بین دیدگاه پرستاران، بیماران و خانواده‌های آنان در مورد عوامل مؤثر در عدم پذیرش رژیم دارویی بر اساس الگوی باور بهداشتی تفاوت وجود دارد که این امر نیاز به آموزش مددجویان و خانواده‌ها، برگزاری دوره‌های بازآموزی برای پرستاران و ارتقای کیفیت ارتباط میان درمانگران و بیماران و خانواده‌های آنان را می‌رساند.

از کلیه پرستاران، بیماران و خانواده‌های آنان به‌خاطر همکاری در پژوهش قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۲/۳؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۵/۵

حسینی، مریم (۱۳۷۳). *عوامل مؤثر بر پذیرش رژیم دارویی در بیماران مبتلا به افزایش فشارخون مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی تبریز*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز. کاستلو، تیمونی؛ کاستلو، جوزف (۱۳۷۳). *روانشناسی نابینجاری*، ترجمه دکتر نصرت... پورافکاری، چاپ اول، تهران: انتشارات آزاده.

ملک‌پور، علی‌اکبر (۱۳۷۸). *بررسی علل بستری شدن مکرر بیماران روانی در بیمارستان روانپزشکی تبریز*. پایان‌نامه دکترای تخصصی روانپزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز.

1- Perkins
3- Deborah

2- Lund
4- Edelmann